

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

**Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn**

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

**Erscheint halbmonatlich**

Bezugsbedingungen: Die „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden.

Inseratenannahme durch alle Annoncenexpeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

## Sanatorium Dr. Pajor

**Budapest, VIII., Vas-utca 17.**

**Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für Asthma, Heulleber etc. Allergische Krankheiten. Gebärabteilung. Stütungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.**

## SANATORIUM SCHWABENBERG

**BUDAPEST**

**Ganzjähriger  
Betrieb**

**Klimatische diätetische Kuranstalt  
430 Meter Seehöhe  
15 Minuten vom Zentrum der Stadt**

**Für Erholungsbedürftige, Nervenranke, Blutarme, Asthmatiker, Magen- und Darmranke, Zucker-, Nieren- und Herzranke, sowie an anderen inneren Übeln Leidende.**

# HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

**47° C warme, radioaktive  
Thermalquellen.**

Die vollkommensten ärztlich-technischen Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden, Neuralgie, Gicht usw.

**Das Kurhotel ist mit den Bädern  
in unmittelbarer Verbindung.**

240 modernst und mit allergrösstem Komfort eingerichtete Zimmer. Erstklassige Küche. Einbettiges Zimmer von 8–14 Pengő, zweibettiges Zimmer von 14–24 Pengő. Thermal-Wellenbad.



## Hauptstädtisches Széchenyi-Heilbad im Stadtwäldchen

73.9 C° heisse, radiumhältige Schwefelquelle, mit reichem Kohlensäure-, Erdalkalien- und Kalkgehalt aus 970 m Tiefe. Die heilkräftige Therme speist Frauen- und Männervolksbäder, zahlreiche Badekabinen, Heissluft-, Dampf-, Schlamm- und Kohlensäurebäder, sowie das anschliessende herrliche Strandbad. Trinkkuren, Mechanothérapie. ❖ Ständige ärztliche Ordination

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien  
für innere-, Stoffwechsel-  
und nervöse Erkrankungen.  
Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.  
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.  
Chefarzt und Direktor *Dr. M. Berliner.*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Tagung der Ungarischen Chirurischen Gesellschaft. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 21. Oktober 1932.

**G. Krepskø:** *Die eitrige Labyrinthentzündung.* (Balassa-Festvortrag). Das Studium der normalen und pathologischen Labyrinthfunktionen setzte eigentlich erst vor drei Jahrzehnten ein, und bildet heute in klinischer und therapeutischer Beziehung einen der bestfundierten Teile der Ohrenheilkunde. Der Vortr. hat schon als junger Arzt in den 90-er Jahren des vorigen Jahrhunderts mit dem Studium der Ursachen begonnen, infolge deren die eitrige Labyrinthentzündung zur Entfaltung gelangt, wogegen in der Mehrzahl der sehr häufigen Otitiden diese Komplikation nicht auftritt. Er legt auf Grund der von ihm beobachteten 302 Fällen von eitriger Labyrinthentzündung seine klinischen und histopathologischen Ergebnisse vor. Unter den Faktoren, die bei Entzündungen des inneren Ohres eine Rolle spielen, sind hervorzuheben: anatomische Ursachen (Entwicklungsanomalien) und durch individuelle Variationen verursachte Prädisposition. Als Ursachen der tympanogenen Labyrinthitis figurieren: Entzündung der Knochenkapsel infolge von Otitis oder Osteomyelitis, Infektion des Innenohres durch die präformierten anatomischen Wege, Gewalteinwirkung und Verletzungen, unter diesen besonders die durch den beschleunigten Verkehr immer häufigeren Schädelbasisfrakturen. Die im Anschluss an akute Mittelohrentzündung auftretenden Innen-

ohrentzündungen können in drei Gruppen eingeteilt werden. Die erste Form ist die *Labyrinthis* (serosa, necrotica und diffusa purulenta). Unter diesen finden sich sehr rasch, in 1—2 Tagen verlaufende, mit eitriger Hirnhautentzündung komplizierte letale Fälle. Die zweite Form ist der *subakute*, potrahierte Verlauf, die dritte aber die durch *Streptococcus mucosus* verursachte *Innenohrentzündung*. Im Anschluss an chronische Mittelohrentzündung finden sich die chronische Antrumzündung, der Caries der Knochenkapsel, und das Cholesteatom. Es folgte sodann die Schilderung der im Schädelinneren auftretenden Komplikationen der Innenohrentzündung: Beschreibung der präformierten Wege der Hirnhautentzündungen, extraduralen, zerebellaren Abszesse, der Sinusphlebitis, Bulbus-Thrombophlebitis, wobei vom praktischen Gesichtspunkt betont wird, dass es überaus wichtig sei, die mit unbestimmten und undeutlichen Symptomen auftretenden potrahierten labyrinthogenen Meningitiden rechtzeitig zu erkennen, da es durch sofortigen operativen Eingriff in vielen Fällen gelingt, das Fortschreiten des Prozesses aufzuhalten. Es folgte nun die Erörterung der klinischen Symptome der eitrigen Labyrinthitis, die in Reiz- und Ausfallsymptome eingeteilt werden. Zu den Reizsymptomen gehören die mannigfachen Gehörsensationen (Schnecke), Schwindelanfälle, Brechreiz, Gleichgewichtstörungen und Nystagmus. Als Ausfallsymptome finden sich seitens der Schnecke der partielle oder totale Hörverlust, seitens des vestibulären Apparates zeigen sich Dekompensations- und Ausfallsymptome bei künstlicher Reizung, Kalorisierung und Drehung, sowie bei ungewohnter Muskelbewegungen. Was die Therapie betrifft, sind einerseits die Gefahren der Labyrinthitis, andererseits die durch verschiedene Verfahren erzielbaren Resultate zu berücksichtigen. Die Therapie besteht bei eitriger Labyrinthitis aus der Öffnung der verschiedenen Höhlen des Innenohres und Beseitigung der in diesen enthaltenen pathologischen Infektionsstoffe. Der Vortragende eröffnet das Innenohr durch partielle Resektion der Pyramide und Freilegung der eitrigen Höhlen. Derart könne man feststellen, ob der Prozess bereits auf die hintere Schädelhöhle sich erstreckt hat.

Sitzung am 28. Oktober 1932.

**Z. O. Kuthy:** *Die spektroskopische Diagnose der akuten CO-Vergiftung.* Er empfiehlt zur Feststellung von CO-Vergiftungen das spektroskopische Verfahren. Zu der untersuchenden 1%igen Blutlösung werden einige Tropfen des Stokes-Reagens hinzugefügt, welches das Oxyhämoglobin prompt reduziert, wogegen das CO-Hgb. unverändert bleibt. Das rasch verderbliche Reagens bleibt, wenn das Ammonia separat aufbewahrt wird, monatelang unverändert. In positiven Fällen sichert das Verfahren in einer jeden Zweifel ausschliessenden Weise das Vorhandensein der CO-Vergiftung.

**Besprechung. A. Wietrich** verwendet als Reduktionsmittel die von Schmidt empfohlene Natriumstannit-Lösung, die eine bessere Unterscheidung des spektroskopischen Bildes ermöglicht.

**E. Szili:** *Schwangerschaft und Geburt nach Tubenimplantation.* Er führte die Implantation bei totalen Tubenverschluss zur Behebung der Unfruchtbarkeit in 8 Fällen durch, in 2 derselben erzielte er vollen Erfolg. (25%.) Im ersten Fall erfolgte bei nach

einseitiger Tubenimplantation in 2 Jahren Konzeption, nach normaler Schwangerschaft normale Geburt und Wochenbett. Im zweiten Fall nach beiderseitiger Implantation Konzeption nach 2 Monaten zur Zeit besteht ungestörte Schwangerschaft im VI. Monat.

**Besprechung. O. Mansfeld:** Die Pertubation bedeutete einen grossen Fortschritt in der Behandlung der Unfruchtbarkeit. Sie ist nach den Angaben der Literatur wesentlich gefahrloser, als die Salpingographie, und ermöglicht zufriedenstellende Resultate. Er hat wegen Unfruchtbarkeit noch in keinem einzigen Fall Tubenimplantation durchgeführt, weil die Konzeption nicht nur von der Passierbarkeit, sondern auch von der Funktion der Tuben abhängt.

**E. Szili** findet die vom Vorredner mit der Pertubation erzielten Resultate überraschend, und kann sie nur damit erklären, dass der Vorredner zahlreiche gesunde und gut passierbare Tuben pertubiert hat, die auch ohne Luftenblasung konzipieren. Die Pertubation kann jedoch mit der Metrosalpingographie, welche die genaue Verschlussstelle angibt, nicht konkurrieren. Die Tubenimplantation ist natürlich nur in Fällen von totalen Verschluss motiviert.

**L. Bakay:** I. *Cardiolyse bei Oesophagus-Divertikel.* Bei dem 27jährigen Mädchen Pneumonie im linken Lungenunterlappen. Nach Ablauf der Krankheit traten stufenweise Schluckbeschwerden auf. Prof. Korányi konstatierte perikardiale Adhäsion, die Röntgenuntersuchung Kardiospasmus und ein nussgrosses Divertikel über dem Zwerchfell. Das Herz hebt bei jeder Kontraktion einen mit dem Pericardium verwachsenen Teil des Oesophagus, was die Innervationsstörungen, den Kardiospasmus und die Oesophagusatonie verursacht. Die Aufgabe war daher die perikarditischen Verwachsungen durch Thorakolyse zu lösen. Nach der Operation wurde der Schluckakt alsbald wieder normal.

II. *Aus der r. Vorhofwand entferntes Projektil.* Das 16jährige Mädchen erhielt eine Schussverletzung der Brust. Die Durchleuchtung zeigte das Projektil in der Herzwand an der Grenze zwischen r. Vorhof und Kammer. Das EKG zeigte Kammer-Asynchronismus, muskulare Insuff. Nach einem weiteren Monat Steigerung der ausstrahlenden Schmerzen und der nervösen Symptome, starke Abmagerung, Anämie. Das Projektil schreitet gegen die Vorhofhöhle fort. Operation am 26. Juli. Nach temporärer Querresektion des Sternums, der 1. Rippenknorpel und Lösung der perikardialen Verwachsungen wurde das Projektil aus der Vorhofwand entfernt. Zurzeit ist das Mädchen nahezu beschwerdefrei, starke Gewichtszunahme.

**Aussprache: Baron A. Korányi:** Die Kranke wurde mit Pneumonie, Bicuspidalinsuffizienz und Stenose des 1. Ostium venosum venosum aufgenommen. Die Anamnese macht es wahrscheinlich, dass die Herzbeschwerden eine Folge einer im Alter von 7 Jahren abgelaufenen Perikarditis sind. Bei der Kranken fand sich als einziges Zeichen der Perikarditis adhäsiva das Broadbent-Symptom; systolische Einziehung neben der Wirbelsäule. Auf Grund dieses Symptoms nahm er an, dass das Oesophagus-Divertikel die Spätfolge einer alten Pancarditis, Pericarditis externa ist. Der Fall demonstriert die Bedeutung des Broadbent Symtoms.

**E. Rosenthal:** *Parallele Krankheitsbilder.* Der Arzt ist bestrebt, die vorhandenen Symptome und objektiven Untersuchungsergebnisse womöglich auf eine anatomische Ursache zurückzu-

führen. Die Durchführung dieses Prinzips sichert in den meisten Fällen die richtige Diagnose. Diese Regel ist jedoch nicht allgemein gültig. In einem Teil der Fälle wird die Symptomengruppe nicht von einer sondern von mehreren anatomischen Ursachen aufrecht erhalten. Während im Allgemeinen zwei Krankheiten zwei verschiedene, wohl differenzierbare Symptomengruppen auslösen, kann es vorkommen, dass ganz verschiedene anatomische Veränderungen ähnliche, oft sogar identische Symptome zeigen. Wird dann das Leiden auf die scheinbare anatomische Ursache zurückgeführt, so erzielt die Therapie keine Heilung oder Linderung der Klagen, nachdem die parallel bestehende zweite, oft sogar auch dritte Krankheit die Klagen weiterhin aufrecht hält. Die praktische Bedeutung dieser Idee wird an der Hand vor zahlreichen Beispielen dargelegt.

Sitzung am 4. November 1932.

**S. Nádor-Nikitots:** *Beiträge zur Pathogenese der Miliar-Tuberkulose.* Die Entstehungsursache der Miliar-Tbc. ist der Durchbruch eines Tbc-Herdes in eine Vene. Nach *Hübschmann* ist dies nur in einem kleinen Bruchteil der Fälle nachweisbar. Nach Ansicht des Vortr. ist die Venenveränderung nicht Ursache, sondern Folgeerscheinung und eine massive Bakterieninvasion weder wesentlich, noch notwendig. Von Wichtigkeit ist eine derartige Änderung des allergischen Zustandes, welche die rapide Vermehrung der in den Blutstrom ziemlich oft eindringenden und in diesem zirkulierenden Tbc-Bazillen ermöglicht. Miliare Dissemination, die rasch zum Tode führt, tritt daher in Fällen auf, wenn im Organismus kein nennenswerter aktiver Prozess vorhanden ist, in chronischen Fällen aber bei Formen, in welchen mehr-minder umfangreiche Tbc-Prozesse bestehen. Der Vortragende schildert vier Fälle, die mit der Schablone dieser Pathogenese nicht übereinstimmen. 1. Bei der 17jährigen Frau trat eine in vier Wochen abgelaufene Miliar-Tbc, bei vorhandener Endometritis und Salpingo-Oophoritis caseosa auf. 2. Der 24jährige Mann erhielt wegen kaverneröser Erkrankung des Oberlappens vier Monate hindurch Pneumothorax-Behandlung. Plötzlich Fieber, Exitus innerhalb zwei Wochen. Im ganzen Organismus konnte eine akute hämatogene Dissemination mit Ausnahme jener Lungenhälfte nachgewiesen werden, die mit Pneumothorax behandelt worden war. Wahrscheinlich war die Druckverminderung die Ursache, dass diese Lungenhälfte verschont blieb. 3. Bei dem 18jährigen Mann stellte die Untersuchung eine frische Hiluserkrankung mit Haemoptoe fest. Nach subfebrilen Temperaturen trat alsbald hohes Fieber auf, mit kleinen Disseminationsherden in beiden Lungenhälften. Wenige Tage später manifeste Meningealsymptome. Letztere bildeten sich in drei Wochen, die Lungendisseminationen nach zirka drei Monaten zurück. Seither ständige Besserung: ein seltener Fall von Heilung der Meningitis-Tbc. 4. Bei dem 37jährigen Mann zeigten sich vor einem halben Jahr katarrhalische Symptome mit hohem Fieber. Bald darauf Entfieberung, erhebliche Gewichtszunahme. Die Durchleuchtung zeigt wenig Änderung in den sehr kleinen dichten Disseminationen der Lunge, die Granulation im Kehlkopf verschwindet.

**Besprechung. D. O. Kuthy:** Die Prognose der allgemeinen Miliar-Tbc wird je nach dem Immunitätscharakter der Fälle diffe-

renziert und *Paget* unterscheidet direkt drei Gruppen: akute, subakute und chronische Miliar-Tbc. Die disseminierten Tuberkel der letzteren Form weisen eine indurative Neigung auf.

**S. Nádor-Nikitots** (Schlusswort): Bei Miliar-Tbc ist besonders die Beobachtung jener Fälle wichtig, die nicht akut verlaufen. Diese Prozesse werden durch Klärung der Pathogenese näher bekannt werden.

**L. Puhr:** *Endogene diffuse Verkalkung beider Lungenhälften.* Die 49jährige Frau wurde mit Herzklagen und intensiver Zyanose aufgenommen, in der Anamnese figurieren siebenmal Pneumonien. Die Mobilität der Lungen ist herabgesetzt, Steigerung der Herzschwäche, Exitus. Die Sektion stellte eine diffuse Lungenverhärtung durch Kalkablagerung fest. Die Schnittfläche ist rau, die Lungensubstanz kann mit dem Messer kaum durchtrennt werden. Lungengewicht 3550 gr. Glomerulonephritis mit nephrotischen Einschlag. Blutiger Darmkatarrh. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine bis nun unbekannte Form von Lungenverkalkung: Mikroskopische Konkreme resp. Steinbildung in den erweiterten und dickwandigen Alveolen. Das Bild erinnert an die Virchow-sche Kalkmetastase. Das Blutkalziumniveau wurde auch durch die Erkrankung der wichtigsten Stellen für Kalksekretion: der Darm-schleimhaut und der Nieren erhöht. Interessant ist ferner, dass bei der Kranken kein Knochenresorptionsprozess vorhanden war, dass die Erkrankung sich nur auf die Lungen beschränkte und beide Hälften befiel, schliesslich, dass keine Kalkinkrustation, sondern mikroskopische Steinbildung vorhanden ist.

**Besprechung. S. Bézi:** In diesem interessanten Fall haben sich möglicherweise die zirkulär geschichteten Konkreme in den Alveolen infolge der Pneumonen gebildet.

**J. Hrabovszky** erörtert den Röntgenbefund des Falles.

**J. Csapó** betont die Bedeutung der Kolloide in der pathologischen Chemie der Verkalkung.

**M. Paunz:** *Durchbruch der tracheobronchialen Lymphdrüse in die Luftwege mit mediastinalen und subkutanen Emphysem.* Der 9jährige Knabe wurde mit Atembeschwerden, umfangreichen subkutanen Emphysem am Hals und auf der Brust aufgenommen. Kein Trauma. Das Untersuchungsergebnis zeigte, dass eine tracheobronchiale Lymphdrüse in die Luftröhre durchgebrochen ist, wobei mit dem Riss der Drüsenkapsel auch eine Kommunikation mit dem vorderen Mediastinum entstand. Luftröhrenschnitt, Bronchoskopia inferior: die Durchbruchstelle zeigte einen linsengrossen granulierenden Defekt. Nach dem Eingriff rasche Heilung, Entlassung nach einem Monat mit freier Atmung. Seither Gewichtszunahme, volles Wohlbefinden.

**J. Sebestyén:** *Chirurgische Behandlung der Lungenabszesse* (mit Filmdemonstration). Das klinische Bild der Lungenabszesse zeigt zwei Haupttypen: der wahre und der gangränöse Abszess. Diese beiden Typen können sowohl klinisch, wie auch röntgenologisch und bakteriologisch scharf abgeordnet werden. Bei gangränösen Abszessen dominiert der pneumonische Ursprung, und seit den Untersuchungen von *Buday* ist die ätiologische Bedeutung der endogenen fusospirillaren Infektion nachgewiesen. Bei wahren Abszessen tritt der embolische Ursprung in den Vordergrund. Die in der jüngsten Zeit eingeführte Paraffintechnik bedeutet einen Fortschritt in der chirurgischen Behandlung der Lungenabszesse, indem mit dieser die Pleurahöhle obliteriert wird, daher

auch solche Abszesse eröffnet werden können, die von Pleura-  
verwachsungen nicht umgeben sind. Ferner kann die Lunge, selbst  
wenn der Abszess tief in Parenchym sitzt, mit diesem Ver-  
fahren leicht eröffnet werden. Lungeneiterungen sind anfangs kon-  
servativ zu behandeln und 20% der Fälle heilt auch auf interne  
Behandlung. Der andere Teil der Fälle geht in diffuse Eiterung  
über und endigt letal. Ein dritter Teil wird subakut oder chronisch  
in diesen Fällen sind die Aussichten der internen Behandlung un-  
günstig. Der optimale Zeitpunkt des Eingriffes ist die 6. Krankheits-  
woche (Sauerbruch). Von den 23 Fällen des Referenten heilten  
sieben wahre Abszesse, von 13 gemischten und gangränösen  
Abszessen starben drei.

**Besprechung. G. Dániel:** Die einfacheren Eingriffe Phrenicus-  
Exairese, Pneumothorax sichern höchstens vorübergehende Besse-  
rung, ein Dauererfolg kann nur von radikalen chirurgischen Ein-  
griffen erwartet werden. Die grösste Schwierigkeit ist die Ent-  
scheidung, in welchem Zeitpunkt diese keinesfalls gleichgültige Ope-  
ration durchgeführt werden soll. Am längsten kann man bei der  
Bronchiektasie warten, obwohl auch bei dieser ohne Operation  
eine Heilung nicht zu hoffen ist. Bei Abszessen sind Spontanheilun-  
gen keine Seltenheit, deshalb soll man 6—8 Wochen warten. Bei  
Gangrän ist die Aussicht auf Spontanheilung minimal, doch zeigt  
besonders zu Beginn die Salvarsanbehandlung eine wenn auch vor-  
übergehende symptomatische Besserung. Später werden die Kran-  
ken dem Salvarsan gegenüber refraktär. Eben deshalb ist es  
zweckmässig den Kranken mit einer 4—6 Wochen dauernden Sal-  
varsankur zu kräftigen und entweder sofort oder bei der ersten  
Rezidive operieren zu lassen.

**E. Gál:** Demonstration. Filmaufnahmen von geburtshilflichen  
und gynäkologischen Operationen in der I. Frauenklinik. 1. Zangen-  
operation, 2. Episiotomie und Dammschnitt, 3. Perforation und  
Extraktion mit dem Kranioklast.

Sitzung am 11. November 1932.

**A. Dick:** *Stichverletzung der Art. iliaca externa und des  
Dünndarmes.* Der 36jährige Mann erlitt auf der Strasse eine  
Stichverletzung des Unterleibes und wurde eine halbe Stunde  
nach der Verletzung in die III. chirurgische Klinik eingeliefert.  
Bei der Laparotomie fanden sich 3 perforierende und 2 Serosa-  
Verletzungen. Die 1. Peritonealwand wird durch ein faustgrosses  
retroperitoneales Hämatom vorgewölbt, welches vor unseren  
Augen anschwillt, wobei die Leistenwunde heftig blutet. Die blu-  
tende Stelle wurde 1. mit einem schiefen Leistenschnitt frei-  
gelegt, worauf aus der Tiefe des manneskopfgrossen Hämatoms  
arterielles Blut hervorspritzt. Die 4 mm lange klaffende Quer-  
wunde der Art. iliaca externa wurde durch Gefässnaht versorgt.  
P. p. Heilung. Dieser seltene Fall mit glücklichen Verlauf ist be-  
sonders interessant, weil die provisorische Blutstillung durch die  
infolge der Darmverletzung aufgetretene Defense besorgt wurde,  
wodurch Zeit für den operativen Eingriff gewonnen war. Die Blu-  
tung, die während der Operation wieder einsetzte, kann durch die  
infolge der Narkose eingetretene Muskelerlähmung erklärt werden.

**D. Kanócz:** *Operierter Fall von Hirschsprung-Krankheiten.*  
Referat über einen operierten Fall von Hirschsprung-Syndrom.

*Besprechung.* **L. Czirer** hat in den letzten drei Jahren fünf Megacolon-Fälle operiert.

**P. Kiss:** *Kardiale Funktionsstörungen bei grippösen Säuglingen und deren Behandlung.* (Mit Filmvorführung.) Während der Grippeepidemie 1930/31 und 1931/32 führte er bei 94 Säuglingen in 274 Fällen elektrokardiographische Untersuchungen durch. Vom Gesichtspunkt der Zirkulationsstörungen sind 2 Perioden zu unterscheiden. 1. Die Periode der grippösen Attaque, 2. die Periode der Mischinfektionen und Komplikationen. In der ersten Periode besteht ein pathologisch gesteigerter Reiz im Reizbildungszentrum des Herzens. Die Zahl der Kontraktionen in der Minute kann bis 240 ansteigen, wobei schon sehr früh eine Dilatation auftreten kann. In der zweiten Periode können sich bereits anatomische Veränderungen des Myokards entwickeln, was auch im Elektrokardiogramm zum Ausdruck gelangt. Die T-Zacke kann in allen drei Ableitungen verflachen, ja auch verschwinden, manchmal verschwindet auch die P-Zacke, so dass nur das QRS-Komplex bestehen bleibt. Dieser Komplex bleibt bei einem Teil der Kranken normal, bei einer anderen Gruppe derselben wird das R. — entweder nur in der I. Ableitung, manchmal aber auch allen drei Ableitungen — flacher, manchmal wird der QRS-Komplex breiter, in einem Teil knotig, faserig oder gezackt. Behandlung dieser Störung: in der ersten Periode bei Ausbildung der Herzdilatation ausgiebiger Aderlass, 5–10%ige Dextrose intravenös, Chinin-Urethan und grosse Digalen-Dosen intramuskulär. Ist keine Dilatation vorhanden, so ist der Aderlass überflüssig. Transfusion von grösseren Blutmengen oder intravenöse Einführung von grösseren Flüssigkeitsmengen wirken ungünstig, er verwendet in dieser Periode auch das Adrenalin nicht. In der zweiten Periode verabreicht er 5–6 Tage hindurch sehr geringe Mengen (0.1 ccm) Digalen intramuskulär, bei drohenden Zirkulationsstörungen kann eventuell auch Adrenalin und hypertenische (20–30%) Dextrose-Lösung indiziert sein.

**A. Réthi:** *Kann die Indikation der Tonsillektomie eingeengt werden? Gefahren und Mechanisierung der Operation.* Die bestehenden Indikationen der Tonsillektomie erfordern eine strenge Handhabung. Häufige akute Tonsillitiden, peritonsillärer Abszess, nach akuter Tonsillitis auftretende Polyarthrit, akute hämorrhagische Glomerulonephritis bilden absolute Indikationen. Bei andauernden Temperatursteigerungen sollen vorher alle anderen Ursachen ausgeschaltet werden. Die Diagnose wird durch Tonsillennarben, flüssigen Eiter, Rötung des vorderen Gaumenbogens und Lymphdrüenschwellungen sichergestellt, ferner durch die Anamnese gestützt. Wird die Tonsille mit ihrer Kapsel entfernt, so sind die Infektionsherde beseitigt, so dass die Operation für die Rezidive oder für das Auftreten von Polyarthrit oder Endokarditis keine grössere Gefahr bildet, als andere Mund-, Rachen- oder Schleimhautoperationen. Die Gefahr der Nachblutung kann durch chirurgische Versorgung der Gefässe ausgeschaltet werden. Postoperative Lungenabszesse kommen in Europa selten vor. Die Röntgenbehandlung ist nur bei 28% der Tonsillen- und adenoiden Hypertrophien wirksam, bei chronischen Tonsillitiden hat sie nahezu vollkommen versagt. Die Therapie kann daher nur aus der radikalen chirurgischen Exstirpation bestehen. Er demonstriert das von ihm vereinfachte Instrument von Braun.

*Besprechung.* **J. Safranek:** Die Bestrahlung versagt bei Ton-

sillenhypertrophien, sowie bei den chronischen Tonsillitiden, wobei auch deren schädigende Wirkung auf die Schleimhaut zu berücksichtigen ist. Eben deshalb soll die Röntgenbehandlung nur auf Ausnahmefälle (Hämophilie, Leukämie, Neuropathie) beschränkt werden. Er erörtert die Indikationen dieser Operation, die keinerlei Gefahren involviert.

**R. Hollits:** Seine Erfahrungen mit der Strahlentherapie der rezidivierenden Tonsillitiden sind viel besser, indem bei mehr als 90% der bestrahlten Patienten die Entzündungen schon seit Jahren aufgehört haben, wobei die Behandlung ganz ungefährlich ist. Die Operation beseitigt nur die Tonsille, nicht aber die in ihrer Nachbarschaft befindlichen zahlreichen kleinen lymphatischen Herde, die später zu Rezidiven Anlass geben können. Die Röntgenstrahlen erreichen auch diese und schützen den lymphatischen Rachenring gegen die Bakterienvermehrung.

**J. Némai:** In der Münchener Klinik wurde als Ergebnis der Prüfung eines grösseren Krankenmaterials die Folgerung abgeleitet, dass jene Patienten, bei denen die Tonsillen wegen Polyarthritits, Peri- oder Endokarditis entfernt wurden, hinsichtlich der Rezidiven jenen Kranken gegenüber keinen Vorteil hatten, bei denen diese Operation nicht durchgeführt wurde. Bei rezidivierenden Tonsillitiden sah er von der Bestrahlung in 70% der Fälle günstige Erfolge. Seit zwei Jahren, seitdem mit kräftigeren Strahlen gearbeitet wird, sind die Ergebnisse noch besser, wobei zu bemerken ist, dass die Hypertrophie der Tonsille auf die Bestrahlung nicht zurückgeht. 5—6% der Fälle sind der Bestrahlung gegenüber refraktär.

**F. Zimmer:** Bei chronischer Polyarthritits sollte die Operationsindikation erweitert werden.

**A. Jellinek** fordert erhöhte Sorgfalt bei der Indikationsstellung der Tonsillektomie in Tuberkulosenfällen.

**T. Liebermann:** Die Einstellung, als ob die Bestrahlung unschädlich wäre, die Operation aber, wenn auch nur selten, tödlich verlaufen könne, sei falsch, denn sie entzieht die Kranken vor der segensreichen Operation. Die Bestrahlung verringert nur die Menge des lymphatischen Gewebes nicht aber das schwammige Bindegewebe. Er fordert möglichst frühzeitige Operation.

**J. Kelemen** wünscht die Anwendung der Röntgenbestrahlung seitens der Laryngologen.

**V. Zimányi:** Das in neuerer Zeit verwendete Koagulationsverfahren ist mit viel grösseren Nachschmerzen verbunden, als die Operation.

**A. Erdélyi** fordert eine Erweiterung der Indikation für die Tonsillektomie.

**D. Navratil** empfiehlt sein seit 25 Jahren bewährtes Verfahren der Tonsillendivision.

**A. Réthi:** Die Röntgenbehandlung der chronischen Tonsillitiden erzielt nur bei einem kleinen Bruchteil der Fälle Symptomenfreiheit, sie ist nur angezeigt, wenn die Operation kontraindiziert wäre.

Sitzung am 18. November 1932.

**L. Jeney und F. Lörlincz:** *Myasis im Anschluss an chronische Tonsillitis.* Die Tonsillen des 15jährigen Mädchens wurden wegen chronischer Tonsillitis entfernt. In einer exstirpierten Tonsille wurde eine lebende Fliegenlarve gefunden, die der Kranken keinerlei Beschwerden verursachte.

**F. Lőrincz** erörterte den Fall von parasitologischen Standpunkt und stellte fest, dass die Larve einer Fliege des Genus *Calliphora* angehörte.

**W. Milkó:** *Mit Avertinnarkose behandelter und geheilter Tetanusfall.* Der 11jährige Knabe wurde fünf Tage nach Ausbruch des Starrkrampfes in seine Abteilung gebracht. Der Patient erhielt in den ersten vier Tagen 162.500 A. E. intramuskulär, intravenös und intralumbal, ferner auf 16 Narkosen verteilt 16 g Avertin (anfangs 0.14, später 0.18 g pro Körpergewichtskilogramm). Wesentliche Besserung vom fünften Tag, Heilung am 16. Tag. Die Avertinnarkose bedeutet einen Fortschritt in der Tetanusbehandlung weil sie dauernde und unbegrenzt wiederholbare, schonende Narkosen sichert, und das Eintreten der ominösen Erschöpfung verhindert.

*Besprechung.* **D. Klimkó:** In der II. chirurgischen Klinik wurden drei Tetanusfällen Avertin verabreicht, eine Heilung, zwei Todesfälle. Der Krampf der Atemmuskeln und des Diaphragmas schaffen Atmungshindernisse, höhere Avertindosen aber drohen mit der Lähmung des Atemzentrums. Wenn daher beide Wirkungen sich vereinigen, so geht der Kranke zugrunde. Diese Gefahr droht bei kleinen Dosen nicht.

**A. Dick** referiert über einen in der III. chirurgischen Klinik mit Avertin behandelten Fall und bestätigte die günstigen Erfahrungen.

**W. Milkó:** Die Antitoxinbehandlung des Tetanus besitzt eine überragende Wichtigkeit, doch ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die spezifische Therapie bereits verspätet.

**M. Künsztler:** *Diagnostik und Therapie der mangelhaft konzentrierenden Gallenblase.* Die magelhaft konzentrierende Gallenblase ist ein charakteristisches Symptom der Cholezystitis. Ein grosser Teil der bei Cholezystographie sich nicht oder nur bloss füllenden Gallenblasen fällt in diese Gruppe. Mit der intraduodenalen Therapie gelingt es nur zum geringen Teil die Gallenkonzentration zu fördern, doch tritt eine Kompensation auf und die Kranken werden praktisch geheilt.

*Besprechung.* **L. Rósa** verweist auf die Leberläsion, die gleichfalls die Konzentration der sezernierten Galle beeinflusst. Ein Symptom der lädierten Leberfunktion ist die Kochsalzretention.

**L. Friedrich:** Die Konzentrationsfähigkeit der Gallenblase bildet einen Teil von sehr verwickelten Prozessen, deren Beurteilung nur durch gemeinsame Anwendung der Cholezystographie und der Duodenalsonde aber auch dann nicht immer gelingt.

**M. Künsztler:** Die mangelhafte Konzentration bildet kein Krankheitsbild, sondern ein koordiniertes Symptom der Spasmen und des Motilitätsausfalles.

**H. Ehrenfeld:** Korrektive Mammoplastiken.

*Aussprache.* **N. Érczy.**

**L. Borsós:** Die Mammoplastik bildet einen schweren Eingriff und die beiderseitige und gleichzeitige Durchführung sei wegen des umfangreichen Operationsgebietes und der drohenden Pneumonie bedenklich. Die Mamillanekrose kann selbst bei gestielten Lappen infolge von Venenembolie auftreten.

**S. Tóth** will sich mit der Technik dieser Operation nicht beschäftigen, sondern als Frauenarzt und Kenner der weiblichen Psyche vom Gesichtspunkt der Indikation und der ärztlichen

Ethik zur Frage das Wort ergreifen. Die allzustark vergrösserten hängenden Brüste können eine Frau ganz unglücklich machen. Man denke an die Frauen, deren grossen Brüste die Aufmerksamkeit des Publikums auf sich lenken oder an das junge Mädchen, das sich wegen ihrer hängenden Brüste verachtet fühlt. In solchen Fällen, sowie wenn die Hängebrust körperliche Schmerzen verursacht, ist die Mammoplastik am Platze. Es widerspricht jedoch der ärztlichen Ethik, wegen kleinlicher Eitelkeitsgesichtspunkte eine solche Operation durchzuführen, die in 10% der Fälle mit Thrombose verbunden ist und Exitus zur Folge haben kann.

**H. Ehrenfeld:** Schlusswort.

Sitzung am 25. November 1932.

**L. Horvát:** *Mit Acetylchoin und Röntgen behandelte Raynaudsche Krankheit eines Diabetikers.* Die das Hauptsymptom der Krankheit bildenden Gefässkrämpfe versuchte er zentral durch milde Bestrahlung des entsprechenden Rückenmarksegments, peripherisch aber durch Injektion von grösseren Dosen auf die Parasympathicus-Endigungen wirkenden Acetylchoin zu beeinflussen. Die Behandlung war erfolgreich, der Kranke kann zur Zeit als geheilt betrachtet werden.

**Besprechung. D. Deutsch:** Seine Histamin-Iontophorese hat bei Raynaud- und Bürgerscher Krankheit die Zirkulationstörungen für lange Zeit behoben und das Fortschreiten der Gangrän verhindert.

**V. Révész:** Die Röntgen-Therapie der Raynaudschen Krankheit stammt von Borah. Ein Teil der von ihm behandelten 18 Fällen heilte, die übrigen wurden wesentlich gebessert. Redner hat Fälle mit 2—3 $\frac{1}{2}$ -jähriger Rezidivfreiheit publiziert. Die Schmerzen heilen in wenigen Tagen, die Hautdefekte innerhalb Wochen, die Knochendefekte zeigen keine Änderung.

**J. Justus** demonstriert die Moulage eines Falles von Raynaudscher Krankheit mit Gangrän. Täglich mehrmals wiederholte Wärmestrahlenbehandlung und Verabreichung von Jodkali in grossen Dosen erzielten Heilung.

**A. Winternitz:** *Fälle aus der Oesophagus-Chirurgie.* a) Diverticulum der zervikalen Oesophagus-Partie. Bei dem 65jährigen Kranken zeigte das Röntgenbild ein mächtiges, im hinteren Mediastinum bis zum Aortenbogen reichendes Divertikel, dasselbe konnte beim Eindringen vom Hals aus der retrooesophagealen Spalte und aus dem Mediastinum herausgerollt und extirpiert werden. Der faustgrosse Sack ging von der Hinterwand der Speiseröhre aus und kommunizierte mit derselben in der Höhe des Ringknorpels. Heilung.

b) *Transpleural operierter Fall einer angeborenen hochgradigen Kardiasstriktur.* Bei dem anderthalbjährigen Kind zeigte die Röntgenuntersuchung eine hochgradige Cardiasstriktur und über derselben Oesophagus-Erweiterung. Der Brustraum wurde breit eröffnet, das Zwerchfell durchschnitten, durch diese Wunde wurde der Magenfundus in die Brusthöhle gehoben und mit den Rändern der Diaphragmawunde, sowie mit dem erweiterten Oesophagus zusammengenäht und die Brustwunde verschlossen. Zwei Wochen später wurde die Brusthöhle wieder geöffnet und auf dem durch die

inzwischen entstandenen pleuralen Verwachsungen abgegrenzten Operationsgebiet eine Anastomose zwischen Magenfundus und Oesophagus angelegt. Die Operation erfolgte vor drei Jahren, seitdem entwickelt sich das Kind sehr gut.

**H. Preisz.** *Über Bakterien infizierende Mikroben.* (Mit Projektionsbildern.) Ph. Kuhn und K. Sternberg gelangten auf Grund jahrelanger Forschungen zur Überzeugung, dass die bekannten, manchmal sehr auffallenden Formänderungen der Bakterien (Anschwellung, Verlängerung, verschiedene Zerrformen) in der Weise zustandekommen, dass im Innern der Bakterien gewisse Mikroben als Parasiten leben, deren Reiz die erwähnten Formveränderungen verursacht. Unter gewissen Umständen gelangt die Lebensenergie des Parasiten ins Übergewicht, dieser wächst erheblich an, wodurch kugelige, oder unregelmässige Gebilde entstehen und im Innern eines Teiles derselben bilden sich kleine Sporen. Wenn diese dann frei werden, sind sie imstande, in andere Bakterien einzudringen und sie zu infizieren. Die Mikroben wurden mit dem Namen Pottenkoferia bezeichnet. Der Vortragende erörterte auf Grund seiner an 14 Arten und 27 Stämmen von pathogenen Bakterien durchgeführten Untersuchungen diese Frage und demonstrierte durch Projektion zahlreicher Diapositive den Formenreichtum der Bakterien in infizierten Kulturen. Er lenkte die Aufmerksamkeit auf jene Formen, wo auf den Bakterien mehr-minder grosse Punkte (aus Sporen entstandene Keime) haften, deren Zusammenhang mit dem Bakterieninhalt oft feststellbar ist, in diesen Fällen sei die exogene Infektion zweifellos. Wenn die Pottenkoferia imstande sind, die pathogene Wirkung der Bakterien nach irgendeiner Richtung zu beeinflussen, so könnte dieser Einfluss einerseits im humanen oder tierischen Organismen zur Geltung kommen, andererseits aber auch in der freien Natur (Wasser, Boden), wo die Bakterien längere Zeit verweilen. Es ist aber auch möglich, dass die Pottenkoferia den Verlauf der betreffenden Infektionskrankheit direkt (d. h. ohne Änderung der Eigenschaft der Bakterien) beeinflussen, nachdem sie wahrscheinlich verschiedene Arten besitzen. Wir verfügen diesbezüglich zur Zeit noch über keine bestimmten Anhaltspunkte. Künftige Untersuchungen werden die Frage beantworten, ob die Pottenkoferia eine Beziehung zur Pathogenität der Bakterien, zum Genius epidemicus besitzen, oder ob ihr Rollenkreis nur eine interessante Symbiose ist.

**Besprechung. T. Huzella:** Von allgemein biologischem Standpunkt sei es zweckmässig, nicht von Bakteriophage, Bakterieninfektionen oder Parasitismus, sondern nur von Symbiose zu sprechen. Die besondere Inklinierung von in Symbiose lebenden Organismen zur Form- und Eigenschaftsvariation ist bekannt.

**S. Tóth** hat wiederholt zur Sprache gebracht, dass Epidemien, besonders die Grippe eine hervorragende Rolle beim Entstehen des Puerperalfiebers innehaben, obwohl bei der Sektion immer nur Streptokokken als Ursache des Fiebers gefunden wurden. Vielleicht verursacht dieser bis nun unbekannt Virus der Epidemien nicht selbst die im Wochenbett auftretenden letalen Krankheiten, er aktiviert jedoch die so oft vorhandenen genitalen bis dahin ruhenden Streptokokken und löst derart schwere und oft tödliche puerperale Erkrankungen aus. Der heutige Vortrag des Professors Preisz, der sich mit den Bakterienkrankheiten beschäftigt, beleuchtet diese Frage von einem anderen Gesichtspunkt, denn wenn es Faktoren gibt, die das Leben der Bakterien schädlich beeinflussen,

so können auch solche angenommen werden, welche die Pathogenität und damit die schädliche Wirkung der Bakterien auf den Organismus zu steigern imstande sind. Das sind sehr wichtige Erkenntnisse, die auch das Entstehen der sogenannten Autoinfektionen zu beleuchten imstande sind.

Sitzung am 2. Dezember 1932.

**K. Burger:** *Mit Zirbeldrüsenextrakten durchgeführte experimentelle Untersuchungen und therapeutische Möglichkeiten.* Auf hormonaler Grundlage auftretende regellose Blutungen können mit den üblichen organotherapeutischen Präparaten oft nicht beeinflusst werden. Er fertigte aus dem Corpus pineale ein Öl- und zwei wässrige Extrakte an, von diesen letzteren erwies sich der weniger Trockensubstanz enthaltende wässrige Extrakt als wirksam. Als Ergebnis seiner Tierversuche stellt er fest: *a)* der wirksame Extrakt verhindert die Wirkung des gleichzeitig verabreichten Follikelhormons (Hogival) auf das Scheidenepithel der kastrierten Maus; *b)* der Extrakt verhindert die Gewichtszunahme infantiler Mäuse; *c)* er ändert den Kastrationszyklus reifer Mäuse. Der Zirbeldrüsenextrakt beeinflusst durch hormonale Dysfunktion verursachte Menorrhagien von Frauen, besonders aber juvenile Blutungen in günstiger Weise.

**G. Nagy:** *Uterusruptur nach zervikalem Kaiserschnitt.* Er schildert den Verlauf und den Operationsbefund des zweiten Kaiserschnittes einer 32jährigen IV. P. Nach Eindringen an der rupturierten Stelle wurde die 3600 g schwere lebende Frucht extrahiert und der Uterus supravaginal amputiert. Heilung störungsfrei. Als Konklusion stellt er fest, dass Frauen, die einen Kaiserschnitt überstanden haben, bei einer neueren Schwangerschaft für die Dauer der Geburt unbedingt in Anstalten behandelt werden sollen.

**Besprechung:** **S. Tóth** will im Anschluss an diesen Fall auch den von ihm in Frankfurt demonstrierten Fall schildern. Die letzte Geburt der 38jährigen Frau wurde wegen Placenta praevia mit dem konservativen zervikalen Kaiserschnitt beendet. Sie wurde am Ende der ausgetragenen Schwangerschaft mit einer überaus schweren Blutung in die Anstalt aufgenommen, die aus einer Placenta praevia centralis stammte. Es wurde eine Radikaloperation beschlossen, wobei sich herausstellte, dass nach Ruptur der vorhandenen Operationsnarbe ein grosser Teil der Plazenta frei unter dem Peritoneum liegt. Der schwangere Uterus wurde amputiert und die lebende reife Frucht erst dann aus dem extirpierten Uterus gelöst. Zweifellos haftete die Plazenta zum Teil auf der Cervixnarbe und die Chorionzotten durchdrangen und zerstörten das dünne Narbengewebe. Man kann sich vorstellen, welche gefährliche Lage sich für die Kranke aber auch für den Arzt ergeben hätte, wenn dieser den Versuch macht, die Blutung durch Wendung auf den Fuss zu stillen; die Hand des Arztes wäre in den Bauchraum gelangt. Die Auftrennung der genähten Cervixnarbe ist zum Teil auch die Folge der unvollkommenen Wundheilung. In einem zweiten Fall operierte er eine Multipara wegen schwerer innerer Blutung infolge extrauteriner Schwangerschaft, und nachdem das Ei sich in jener Partie des Tubenisthmus implantierte, wo die Tube einmündet, musste er die interstitielle Tubenpartie keilförmig

extirpieren, worauf er die Wunde mit vielfacher Naht verschloss. Nach ungefähr 2 Jahren wurde die Frau abermals schwanger und sie klagte in der zweiten Schwangerschaftshälfte über Schmerzen, die auf die operierte Stelle lokalisiert wurden, was Verwachsungen zugeschrieben wurde. Gegen Schwangerschaftende traten nachts Wehen auf und die Frau kollabierte. Sie wurde von Räkosszentmihály nahezu ohne fühlbaren Puls mit aufgetriebenem Unterleib eingeliefert. Bauchschnitt. Im Bauchraum flüssiges Blut und Fruchtwasser. Die vernähte Tubenecke hatte sich geöffnet und durch die Öffnung war der Steiss in den Bauchraum geboren worden. Totale Uterusextirpation, Drainage nach unten. Heilung. Diese kaum 1—1½ cm lange Narbe rupturierte daher während der Schwangerschaft, nachdem das Ei sich in der Tubenecke implantierte, die Chorionzotten in die Narbe eindrangen und diese zerstörten. Die Ruptur erfolgt auch bei tubaren Schwangerschaften nicht wegen der Spannung, sondern weil die eindringenden Chorionzotten die dünne Tubenwand durchbohren, bis sie deren Oberfläche erreichen, und die Tubenwand durch die interstitielle Blutung zerissen wird. Implantiert sich das Ei in abnormes oder Narbengewebe, so ist keine Decidua vorhanden, die Antifermente gegen das Syncytium-Ferment produzieren könnte und so das weitere Eindringen der Chorionzotten verhindern würde.

**G. Bud** demonstriert den von ihm verwendeten Kaiserschnitt in der Längsachse des Uterus.

**W. Tauffer** verweist darauf, dass der zervikale Kaiserschnitt sich nur in einem geringen Teil der Fälle auf den Cervix beschränkt, weil bei Placenta praevia die Operation zu einer Zeit durchgeführt wird, wo die untere Uteruspartie noch nicht entfaltet ist.

**J. Csapó u. E. Kerpel-Sronius: Die Urämie.** Zur Klärung der Ursachen des bei Urämie auftretenden azidotischen Koma und der osmotischen Störung sind sämtliche Radikale, die im Säure-Basen-Gleichgewicht figurieren, ferner der Gefrierpunkt und auch das Restnitrogen festzustellen. Das azidotische Koma bei Urämie wird durch organische Säuren verursacht, deren Menge die beim diabetischen Koma beobachteten Werte erreichen kann. Die Alkalireserve ist eine Funktion mehrerer Faktoren, eben deshalb kann man aus der Menge der organischen Säuren auf die Alkalireserve und umgekehrt nicht folgern. Die bei Urämie beobachtete organische Azidose ist eine Folge von Retention, also renalen Ursprungs. Im Endstadium der Urämie wird die Azidose neben den normalen Säuren auch noch von Ketinkörpern infolge des Hungerzustandes und von Säureprodukten des Eiweisszerfalls herbeigeführt. Die Ursache der Retention in chronischen Fällen ist, dass die Niere unfähig ist, die organischen Säuren zu konzentrieren, was nach Analogie der allgemeinen Hyposthenurie als organische Säurehyposthenurie bezeichnet werden kann. Der Organismus versucht die Einengung der Säurenkonzentrationsfähigkeit durch Polyurie zu paralysieren, weshalb die Polyurie sehr bedeutungsvoll für die Verhütung des azidotischen Koma ist. Eine eiweissreiche Diät ist nicht nur vom Gesichtspunkt der Nitrogenretention, sondern auch von der Azidose kontraindiziert. Das frequente tiefe Atmen ist nicht Ursache, sondern Folge der Bikarbonat-Verminderung. Bei hyperchlorämischer Urämie ist zumeist nicht nur das Chlor,

sondern auch die Menge der fixen Basen vermehrt. In solchen Fällen ist es zweckmässig exakter von Hypersalämie zu sprechen. Die Hypersalämie ist im Gegensatz zur Hyperkalorämie vom Gesichtspunkt der Azidose indifferent. Bei hypersalämischer Urämie wird die abnorme Depression des Gefrierpunktes nicht nur durch das Restnitrogen, sondern auch durch die gesteigerte Elektrolyt-Konzentration verursacht. Die Hypochlorämie kann die Anhäufung der organischen Säuren teilweise oder ganz paralysieren. Bei Hypochlorämie besteht eine geringere Gefahr des azidotischen Koma, als bei Hypersalämie oder Hyperchlorämie. Bei Hypersalämie ist der Chlorüberschuss nicht an Eiweiss, sondern an basische Radikale gebunden. Bei der wahren Urämie besitzt die organische Azidose pathogenetische und obligatorische Bedeutung. Mit Ausnahme der eklamptischen Urämie bei akuter Nephritis ist es unnötig ein spezifisches Urämiegift anzunehmen. Wenn wir von der akuten eklamptischen Urämie absehen, so ist die Todesursache des Urämikers entweder das azidotische Koma oder die von ihm selbst produzierten retinierten toxischen Stoffwechselprodukte.

**D. O. Kuthy:** *Apologie und Rolle des Karyon für die Klinik der Tuberkulose auf Grund 8-jähriger Erfahrung.* Er empfahl 1924 die parenterale Anwendung von eiweissfreien Nussblättereextrakt als Hilfsmittel zur Tbc-Behandlung. Vorführung von Projektionsbildern zur Illustrierung der Karyonwirkung.

*Besprechung: Nebenführer, Majoros und Gosztonyi.*

## Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Gemeinsame Sitzung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft und der Landesgesellschaft der Ungarischen Zahnärzte, am 6. Juni 1932.

(Fortsetzung.)

**Andreas Kubányi** demonstriert den Status der 1927 in der II. chirurgischen Klinik operierten 65 Mundhöhlenkarzinome nach 5 Jahren im Januar 1932. Von den 65 operierten Kranken konnte das Schicksal von 59 festgestellt werden.

**Ferdinand Ratkóczy:** Die überraschend günstigen Ergebnisse der von *Coutard* eingeführten Bestrahlungsmethode bewogen den Votr. diese auch bei solchen Mund- und Pachengeschwülsten zu versuchen, bei denen bisher nur solationis causa Scheinbestrahlungen durchgeführt wurden. Mit dieser protrahiertfraktionierten Bestrahlung wurden ungeahnt grosse Strahlenmengen ohne ernsthafte Hautschädigung den Tumoren zugeführt. Er empfiehlt diese Methode als ersten Programmpunkt der Behandlung aller Arten von Mund- und Pachengeschwülsten, worauf eventuell die Radikalooperation oder die lokale Radiumbehandlung folgen kann.

**Adolf Láng:** Auf Grund seiner Erfahrungen ist bei der Behandlung von bösartigen Mund- und Rachentumoren das Radium dem Messer vorzuziehen. In 59 von 125 Mund- und Rachengeschwülsten gelang es, die Geschwulst mit Hilfe von Radium ohne primäre Mortalität zu beseitigen und Symptomenfreiheit zu erzielen.

### Vorträge im Anschluss an die Hauptfrage.

**Tibor Bajkay:** *Fibrome der Schädelbasis.* Es sind das besonders bei Männern im Alter von 10—25 Jahren im Nasenrachenraum auftretende seltene Geschwülste, die von der Knorpelpartie der Nasenrachendecke ausgehen. Charakteristisch für diese Geschwulst ist das periodische Wachstum. Die Fibrome wachsen langsam, kräftig und unbegrenzt. Sie füllen das Epipharynx, senden Ausläufer in die Nasenhöhle, die Nebenhöhlen, die Orbita, in die Fossa sphenomaxillaris, Fossa pterygopalatina, unter die Kaumuskeln, und in den M. temporalis. Ihr Druck verdrängt oder zerstört die Weichteile und Knochen. Sie können bis zum Mesopharynx in die Mundhöhle und in das Endokranium vordringen. Hirnhautentzündung und Tod verursachen. Die Geschwulst ist daher, obwohl histologisch gutartig, wegen ihres Wachstums, ihrer lokalen Rezidiven und Neigung zu Blutungen klinisch bösartig. Die Therapie ist konservativ oder radikal. Mit der Beseitigung der Fibrome per vias naturales wurden in der Klinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten immer gute Erfolge erzielt. Die in die Nebenhöhlen eingedrungenen Fortsätze der Geschwulst können nach *Denker* beseitigt werden, während die restlichen Tumorpartien mit Röntgen oder Radiumbehandlung manchmal günstig zu beeinflussen sind.

**Julius Jáki** (Debrecen): *Fibrom der Nasenrachenhöhle.* Die konservative Operationsmethoden zeigen zahlreiche Rezidiven, die konservative Behandlung besitzt gleichfalls Gefahren, so dass schliesslich dennoch zur Radikaloperation gegriffen werden muss. Ein grosser Teil der Fibrome des Nasenrachenraumes verhält sich Röntgenbestrahlung gegenüber refraktär. In einem Fall injizierte er in einen röntgenrefraktären rezidiven Tumor Kalziven, und es gelang den Tumor zeitweilig zur Rückbildung zu bringen und die Atem- und Schluckbeschwerden des Kranken zu lindern. Die Injektionen verursachen eine Thrombose und Obliteration der Gefässe sowie die Nekrose des Tumorgewebes.

**Georg S. Fodor:** *Zentrales Kieferosteofibrum.* Kauistik.

**Stefan Zoltán:** *Aneurysme der Rachenhöhle.* Nach Erörterung der Anatomie und Pathologie der Aneurysmen der Rachenhöhle, schildert er einen mit der Ligatur der A. carotis int. geheiltem Fall.

*Besprechung.* **Johann Hofhauser** referiert über das Ergebnis der histopathologischen Untersuchung des aus dem Mund resp. aus der Rachenhöhle von 393 Kranken der II. chirurgischen Klinik stammenden Materials. Es fanden sich 99 benigne, 166 maligne Geschwülste und 123 Entzündungsprozesse. 16% der klinisch zweifelhaften Fälle erwiesen sich bei der histologischen Untersuchung als maligne Tumoren, dagegen gab es unter den 160 bei der klinischen Untersuchung als Cc. betrachteten Prozesse 23 Fälle, die bei der histologischen Untersuchung als gutartig festgestellt wurden. Demonstration von Tumor-Mikrophotogrammen.

**Anton Rentz** (Debrecen): Seine Prüfung von 25 histologisch untersuchten inoperablen Karzinomen ergab, dass die Röntgenbehandlung nur in 2,6% der Fälle eine Rezidivfreiheit von 3 resp. 5 Jahren erzielen konnte. Die in jüngster Zeit eingeführte fraktionierte Bestrahlungstechnik, ergibt anscheinend wesentlich bessere Resultate.

**Paul Kisfaludy:** Drüsen mit latenter Tumormetastase kön-

nen erfolgreich mit Röntgen und Radium kombiniert behandelt werden. Bei beweglichen Drüsen sind nach vorausgehender Bestrahlung die Drüsen radikal zu entfernen, oder die Wundhöhle mit Radiumnadeln zu behandeln. Mit der Umgebung verwachsene Drüsen werden mit der Strahlentherapie behandelt. Die Strahlenempfindlichkeit der Lymphoepitheliome ist sehr gross.

**Ladislaus Kaulich:** Referat über 164 Fälle von Mundhöhlentumoren, die in der III. chirurgischen Klinik in den letzten sechs Jahren beobachtet wurden. Das Ergebnis der Röntgenbestrahlung war in 95% der Fälle negativ.

**Ladislaus Hauber:** Bei den im letzten Dezennium in der chirurgischen Abteilung des neuen St. Johannes Spitals behandelten 129 Mund- und Rachenhöhlenkarzinomen war in 71 Fällen die Radikalooperation noch durchführbar, die übrigen wurden mit Radium behandelt. Länger als fünf Jahre sind 13 Patienten am Leben geblieben. Eine Vermehrung dieser Heilungsziffer von 10% wäre nur möglich, wenn die Kranken mit einer Frühdiagnose zur Behandlung gelangen, weiterhin unter Kontrolle blieben, und die Operation mit einer entsprechenden Strahlenbehandlung kombiniert würde.

**Eugen Engelmeyer** wendet bei Tonsillentumoren neben dem bisher verwendeten extraoralen auch intraorale Bestrahlungen an. Referat über zwei erfolgreich behandelte Fälle.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

**Landes-Sanitätsrat.** Der Minister des Innern hat den Apotheker Dr. *Andreas Deér*, den Staatssekretär a. D. Dr. *Aladár Fáy*, die Universitätsprofessoren Dr. *Béla Fenyvessy*, Dr. *Elemér Hainiss*, Dr. *Ludwig Nékám*, Dr. *Karl Schaffer* und Dr. *Stefan Tóth*, sowie den Professor an der Technischen Hochschule *Iwan Kotsis* zu ordentlichen Mitgliedern des Landes-Sanitätsrates ernannt.

**Ärztliche Fortbildung.** Das Zentralkomitee für Ärztliche Fortbildung feiert am 15. Juni d. J. die 50. Jahreswende der Schaffung dieser Institution, die im Mai 1883 von *Friedrich Korányi*, *Wilhelm Tauffer*, *Josef Fodor* und *Ludwig Markusovszky* gegründet wurde. Anlässlich dieser Feier erfolgt die Reorganisation der 1909 entsendeten internationalen Kommission unter Teilnahme der Vertreter von zahlreichen ausländischen Regierungen und Körperschaften. Mehrere Delegierte des Auslandes werden Vorträge halten. Die gegenwärtige Leitung des Zentralkomités für ärztliche Fortbildung besteht aus dem Präsidenten Universitätsprofessor *Emil Grosz*, dem Vizepräsidenten Universitätsprofessor Staatssekretär *Kornél Scholtz* und dem Sekretär Professor *Béla Johan*.

Schriftleitung und Verlag der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ : Budapest, V., Vadázu-tca 26.

Scheckkonto : Budapest, k. ung. Postsparkassa Nr. \*\*41710. Bankkonto :

Ungarisch-Italienische Bank A.-G. Budapest, Zweigstelle Andrassy-ut.  
Fernsprecher : Budapest 289—26.

# St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Abgesonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**  
Obermedizinalrat: Dr. **CYZEWSKY**  
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

## ORGANOTHERAPEUTISCHE PRÄPARATE

Enthalten sämtliche Wirkungsstoffe der innersekretorischen Drüsen.

**Toxin- und eiweißfrei! Steril! Haltbar!**

## TABL. OVARI „RICHTER“ GLANDUOVIN

Zur Behandlung der Amenorrhoea. Bei allen Störungen der Eierstockfunktion. In Schachteln à 3 und 6 Ampullen zu 1 ccm.

**Tonogen (Adrenalin) „RICHTER“**  
Salzsaures wässriges Extrakt der Nebenniere (1:1000).

**GLANDUITRIN**  
Wässriges Extrakt aus dem Hinterlappen der Hypophyse. 1 cm<sup>3</sup> enthält 10 internationale Einheiten.

**SYNERGETISCH WIRKENDE, PLURIGLANDULÄRE PRÄPARATE**

## Hormogland „Richter“

die wirksamen Stoffe verschiedener Drüsen,  
in Tabletten und Injektionen zur individuellen Organotherapie.

**CHEMISCHE FABRIK GEDEON RICHTER A.-G.**  
**Budapest, X.**

# Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung :

**APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN**

Budapest, V., Szabadság-tér

# Pöstyén

für die

**"RHEUMAKRANKE WELT!"**

Über den vulkan. Schwefel-Schlammquellen erbaut: Thermia Palace Hotel, verbunden mit den Bädern. Literatur: Pistyan-Bureau, Budapest, VII., Károly-körút 3/a.



## THERMALBAD HÉVIZ



Besitzt die ergiebigste Thermalquelle des Kontinents mit einer Wassermenge von 630 Liter pro Sekunde und 28 k° Temperatur. Die Quelle entspringt in einem 5 Hektar grossen Teich, dessen Boden bis zu einer Tiefe von mehreren Metern mit dem berühmten, stark radioaktiven Torfschlamm bedeckt ist. Das Baden geschieht im Freien, den Gästen stehen gedeckte Kabinen zur Verfügung. Die Saison beginnt am 5. Mai und dauert bis 30. September. Empfohlen bei Knochenbrüchen, Ischias, Rheumatismus, Stoffwechselkrankheiten und Frauenleiden. In der letzten Saison wurde das Thermalbad von 20,000 Badegästen besucht. Im Badeort stehen 260, im angebauten Villenviertel 60 Hotels und Villen mit 2000 Zimmern zur Verfügung. ☞ Das Bad liegt 6 km entfernt von der Stadt Keszthely am Plattensee und ist mit der Südbahn über Wr. Neustadt-Nagykanizsa erreichbar. Autoverkehr in jeder Minute. Ärzte, Apotheke, Post, Telegraph und Interurban-Telephon im Ort. Es ist angezeigt, Zimmerbestellungen mindestens 3 Wochen vor der beabsichtigten Ankunft bei der Badedirektion Hévíz vorzunehmen. — Massige Preise. Ausgedehnte Park- und Spazierwege. — Kurmusik.

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Ignaz Schulmann.)